

令和7年度 神山町国民健康保険 歯周疾患健診助成申請書

神山町長 殿

ふりがな		性別	令和7年 月 日 男 ・ 女
氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
住所	神山町 字 番地		
電話番号			
被保険者番号	神山		

医療機関	○印	受診希望日	受付印
福田歯科医院		第一希望 月 日 ()	
山田歯科医院		第二希望 月 日 ()	
COCO歯科		※助成対象は8月1日から12月20日まで。	

- ※医療機関を1つ選択して○をつけ、希望日をご記入ください。
- ・ 受診希望日については役場から医院へ連絡いたします。
役場から決定通知が届き次第、ご自身で医院に予約時間の確認をしてください。
 - ・ 予約変更やキャンセルをした場合は、税務保険課国保係までご連絡ください。